

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 53

Chancre syphilitique de l'Amygdale ET SYPHILIS MÉCONNUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Mars 1921

PAR

Dieudonné-Mérin-Roger RAGUENAUD

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Né à Cognac (Charente), le 15 janvier 1893

Examineurs de la thèse	{	MM. MOURE, professeur	Président.
		W. DUBREUILH, professeur.....	Juges.
		PETGES, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	



ROCHEFORT

IMPRIMERIE NORBERTINE

Rue Pierre-Loti (Place Colbert)

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 53

Chancre syphilitique de l'Amygdale ET SYPHILIS MÉCONNUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Mars 1921

PAR

Dieudonné-Mérin-Roger RAGUENAUD

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Né à Cognac (Charente), le 15 janvier 1893



Examineurs de la thèse

{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
	W. DUBREUILH, professeur.....	
	PETGES, agrégé.....	<i>Juges.</i>
	PERRENS, agrégé.....	



ROCHEFORT

IMPRIMERIE NORBERTINE

Rue Pierre-Loti (Place Colbert)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale....	FERRÉ.
	CASSAET.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAX.	Clinique chirurgicale infan-	
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOIN.
Clinique d'accouchements...	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-	
Anatomie pathologique.....	SABRAZES.	dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale.....	VERGER.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Physique biologique et clini-		Clinique des maladies des	
que d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique psychiatrique.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn-	
Pharmacie.....	DUPOUY.	gologie.....	MOURE.
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.	Toxicologie.....	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	PRINCETEAU.		LEURET.
Anatomie et embryologie....	PICQUÉ.	Médecine générales.....	DUPÉRIÉ.
	N...		CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales.....	N...
Physiologie.....	DELAUNAY.	Médecine légale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles....	N...	Chirurgie générale.....	GUYOT.
	N...		ROCHER.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médicale.....	N...		PAPIN.
	PETGES.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CARLES.	Optalmologie.....	FAUGÈRE.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	TEULIÈRES.
			LABAT.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N...
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualitative et quantitative...	N...
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie.....	N...
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE. A MON PÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DU 2^e RÉGIMENT DE MARCHÉ DE ZOUAVES

Tués à l'ennemi

A MES CAMARADES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

Morts pour la France

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE BELLOT

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CHEFS
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E.-J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

GRAND CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

*En respectueux lémoignage de reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant
bien accepter la présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur agrégé Pégea, un certain nombre de malades atteints de chancre syphilitique de l'amygdale. Frappé par ce fait, que pour quelques-uns le diagnostic avait été délicat, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'appeler à nouveau l'attention sur cette manifestation.

En traitant cette question du chancre tonsillaire et de la syphilis méconnue, nous n'avons pas eu uniquement pour but d'ajouter un certain nombre d'observations à la liste déjà longue de celles qui ont été publiées jusqu'à présent. Il nous a paru surtout intéressant de chercher à préciser la pathogénie de cette affection et démontrer quelles pouvaient être les causes d'erreur susceptibles d'égarer le diagnostic.

Dans ce but, nous avons divisé notre travail en cinq chapitres auxquels font suite nos conclusions, les observations et la bibliographie.

Le chapitre I est divisé en quatre articles consacrés à l'histoire, l'étiologie, la fréquence, le siège.

Le chapitre II est réservé aux considérations sur la pathogénie.

Dans le chapitre III, nous exposons les symptômes tant locaux que généraux, et les formes cliniques.

Le chapitre IV traite la grosse question du diagnostic positif, différentiel et des causes d'erreur.

Dans le chapitre V enfin, se trouvent exposés l'évolution, le pronostic et le traitement du chancre amygdalien.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur agrégé Pégea, notre

infinie gratitude, pour s'être continuellement intéressé à nos études et nous avoir inspiré le sujet de notre thèse.

C'est un devoir bien agréable pour nous que de remercier le docteur Georges Portmann des précieux conseils qu'il nous a donnés et de l'amitié qu'il nous a portée en nous guidant dans nos recherches histologiques.

A notre maître, M. le professeur Moure, nous renouvelerons notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant accepter la présidence de notre thèse et la bienveillance qu'il nous a montrée en nous accueillant dans sa clinique et dans son laboratoire.

CHAPITRE I^{er}

Nous avons à dessein abrégé la rédaction des articles qui vont suivre, car toutes ces questions ont été étudiées et décrites aussi complètement que possible par Fournier, Dieulafoy, Charles Mauriac, dans les thèses de Doctoroff, Ferro et, plus près de nous, dans de nombreuses communications ou mémoires. En agissant de la sorte, nous désirons éviter de tomber dans des redites, car nous n'aurions certainement pu mieux faire que de citer les expressions mêmes de nos devanciers.

ARTICLE I^{er}. — HISTORIQUE

Depuis le beau travail de Rollet, *Anciens foyers de la syphilis et sur l'origine américaine de l'épidémie du XV^e siècle*, si tout le monde sait que la syphilis est une maladie existant depuis les siècles les plus reculés, il n'en est pas de même de notre connaissance des différentes manifestations de cette affection et de la découverte de son agent microbien.

En cherchant dans la littérature médicale, on remarque que le chancre amygdalien n'est vraiment signalé pour la première fois que par Rollet, en 1850, dans son *Traité des maladies vénériennes* (page 695), qui, à propos des chancres buccaux, dit : « On trouve la variété plate sur l'amygdale..., les chancres amygdaliens affectent les ganglions situés plus profondément dans la région parotidienne. »

Cette lésion n'est pas admise par tous les cliniciens, et Velpeau, en 1852, tenait le chancre de l'amygdale en suspicion et disait qu'il le considérait comme impossibilité clinique (1). Le

(1) FOURNIER. *Chancres extra-génitaux*, page 3.

grand maître Fournier lui-même, en 1858, relevant les cas de chancres observés dans le service du Dr Ricord, trouve 471 chancres syphilitiques, avec quinze sièges distincts, et pas un chancre de l'amygdale ; la même année, il publie un autre travail avec 77 chancres buccaux et un seul amygdalien.

Faut-il penser que le chancre infectant de l'amygdale n'existait pas ? Nous ne le croyions pas, et seuls, les moyens d'investigation dont on disposait à cette époque pouvaient le faire méconnaître.

Ce n'est vraiment qu'en 1861 qu'il fût bien décrit pour la première fois ; le mérite en revient à Diday de Lyon, qui montra tout l'intérêt qui s'attache à cette variété.

En 1879, Jullien, dans son *Traité des maladies vénériennes*, donne aux chancres amygdaliens tous les caractères qu'on leur décrit actuellement ; en 1883, Charles Mauriac attire déjà l'attention sur la persistance de l'induration de l'amygdale après la disparition du plasmum. En 1895, Dieulafoy, dans une de ses admirables leçons cliniques, insiste un des premiers sur *l'intensité de la douleur* dans le chancre amygdalien, et l'année suivante, la forme angineuse du chancre tonsillaire est le sujet de la thèse de Ferro.

En 1897, Fournier fait paraître son remarquable livre sur les chancres extra-génitaux, dans lequel il complète la description du chancre, l'étude de ses formes et, par des stastitiques, tend à admettre que le chancre de l'amygdale doit passer au second rang des chancres buccaux, après celui des lèvres ; il lui donne aussi un nom bien significatif et qui conserve actuellement encore toute sa valeur : « Le chancre protégée. »

En 1900, Doctoroff fait sa thèse sur le chancre de l'amygdale, apportant de nombreuses observations des formes connues à cette époque.

Depuis lors, si les travaux d'ensemble sur la question se font très rares, beaucoup de praticiens apportent leur contribution en signalant des variétés de forme, ou des erreurs de diagnostic, dues au fait que la lésion primitive méconnue en

tant que syphilis était diagnostiquée rétrospectivement au moment de l'apparition des accidents secondaires.

Actuellement, le nombre des cas diagnostiqués augmente, et dans de telles proportions, que le moment n'est pas loin où le chancre amygdalien prendra une des premières places, non pas seulement parmi les chancres buccaux, mais encore parmi les chancres extra-génitaux.

Est-ce dû au seul fait que la contagion est plus fréquente ou qu'il existe des modes de contagement nouveaux ? Nous ne le pensons pas. Mais nous savons mieux connaître cliniquement, avec l'aide et sous le contrôle des méthodes de laboratoire, cet accident primitif et son agent microbien. A côté, en effet, de la seule observation permettant de dépister le chancre, sous les différents masques qu'il aime à prendre pour évoluer, nous possédons d'excellents moyens, tels que l'ultra microscope, des colorations électives telle que le Tribondeau-Fontana qui permettent, avec toute la précision voulue, de mettre en évidence le tréponème.

En présence de l'abondance des observations actuelles, il ne faut donc pas crier à l'épidémie ou au hasard, mais admettre simplement que le *diagnostic* du chancre amygdalien se fait avec plus de facilité.

ARTICLE II. — ÉTIOLOGIE

On pourrait penser, *a priori*, pour des raisons que tout le monde devine, que le chancre amygdalien doit être plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; il n'en est rien. En lisant les observations publiées, on peut se rendre compte également que, s'il frappe surtout l'adolescent et l'adulte, le vieillard n'est pas épargné. L'étude des modes de contagement nous explique la possibilité de ces réalités.

Dans le remarquable livre de Fournier déjà cité, dans les thèses de Doctoroff, de Ferro, les différents modes de contagement sont étudiés minutieusement et classés en médiats et immé-

diats. Fidèle à notre ligne de conduite, nous ne ferons que les énumérer.

Parmi les premiers, nous ne signalerons surtout que le mode de contagion par excellence, « le baiser » sous toutes ses formes, depuis le plus chaste jusqu'au plus fougueusement érotique. « La contagion bucco-buccale est susceptible de s'exercer par tous les contacts quels qu'ils soient, qui mettent la bouche en contact avec la bouche, d'où le péril du baiser en état de syphilis (Ch. Mauriac) (1). « La contagion vient d'un point quelconque et va à un point quelconque par la salive qui s'arrête où elle peut au hasard des circonstances locales (Fournier) (2). »

Pour les seconds, il faut signaler :

1) Les ustensiles d'alimentation de toutes sortes : verre, bouteille, gobelets, fourchettes, cuillers ;

2) Les articles de fumeur : pipe, cigare, cigarette, fume-cigarette ;

3) Les objets d'usage courant : crayon, porte-plumes, brosses à dents, coupe-papier, hochets des enfants ;

4) Les instruments médicaux : abaisse-langue, miroir laryngoscopique, les instruments de dentiste mal stérilisés ;

5) La contagion professionnelle : le médecin ou la sage-femme pratiquant l'insufflation de bouche à bouche, ou enlevant avec les doigts les mucosités de la cavité buccale du nouveau-né pour lui faciliter la première inspiration. La syphilis des verriers qui doit disparaître, sans doute, depuis que l'on se sert non plus de la canne, mais du moule à bouteille. La syphilis des musiciens.

6) L'allaitement par tous ses modes : maternel, artificiel, mercenaire.

ARTICLE III. — FRÉQUENCE

Après avoir fait justice du préjugé qui voulait que la femme soit plus atteinte que l'homme, il nous reste à indiquer que les

(1) Ch. MAURIAC. *Leçons sur les maladies vénériennes.*

(2) FOURNIER. *Loc. cit.*

individus en général ne semblent pas être plus à l'abri de l'accident primitif amygdalien que les prostitués des deux sexes.

Une cause intervient pour expliquer la plus grande fréquence dans certains pays : c'est la mauvaise hygiène, comme en Russie, où la syphilis est endémique, et en Norwège où, si l'on en croit Bœck, la déplorable coutume, due sans doute souvent à la pauvreté, souvent aussi à la négligence, fait que, dans certaines familles, les mêmes ustensiles d'alimentation (fourchette, cuiller) servent à plusieurs personnes. Ce dernier auteur pense même que le chancre amygdalien est le plus fréquent des chancres extra-génitaux.

Il faut encore faire remarquer que, durant la période troublée que nous venons de traverser, il y a eu, sans aucun doute, une recrudescence considérable des maladies vénériennes.

ARTICLE IV. — SIÈGE

Toutes les observations publiées ne mentionnent que l'amygdale palatine comme siège du chancre syphilitique amygdalien. Si, à la faveur des statistiques, il apparaît pour Duncan-Bulkley que l'amygdale droite est plus souvent atteinte que la gauche, pour Fournier que c'est la gauche, nous dirons que ce sont là des artifices de statistiques et que le tréponème n'a pas de préférence pour l'une ou pour l'autre. On observe, tantôt le chancre de l'amygdale droite, tantôt celui de la gauche, quelquefois les deux (Duncan-Bulkley, Jullien), ce qui est très rare.

Sur l'amygdale elle-même, l'accident primitif siège le plus souvent à son pôle supérieur, dans la généralité des cas à la partie antero-interne des deux tiers de la hauteur de la tonsille ; rarement, il arrive à lécher l'un des piliers, l'antérieur ou le postérieur, caractère d'importance majeure pour le diagnostic différentiel.

CHAPITRE II

Pathogénie

Nous n'insisterons pas longuement sur l'idée qu'un contact direct entre un objet contaminé et l'amygdale est indispensable pour provoquer un accident primaire au niveau de cet organe. Nous n'en avons pour preuve qu'à rapporter brièvement l'observation de Jullien (1) : « Chancre syphilitique des deux amygdales, chez une jeune fille vierge, développé à la suite de succions énergiques dans le but de faire les mamelons à sa sœur, femme de syphilitique, qui venait de mettre au monde un enfant chétif porteur d'accidents spécifiques. »

De même, nous ne pensons pas que, dans les syphilis professionnelles des verriers et des musiciens, la canne pour les uns, l'embout des instruments pour les autres, ne soient jamais enfoncés à tel point dans la cavité buccale que l'amygdale vienne à leur contact et soit traumatisée par ces instruments.

Il faut donc chercher ailleurs la pathogénie du chancre tonsillaire, et nous pensons qu'à la base de cette étude il est nécessaire de faire un exposé anatomique et histologique de l'organe en cause, car nous trouverons là l'explication scientifique de cette si fréquente localisation.

Anatomie

L'amygdale palatine est un organe pair et symétrique situé sur la paroi latérale du pharynx, immédiatement en arrière de l'ouverture relativement étroite, mettant en com-

(1) *Bull. médical*, n° 22, 1897.

munication la cavité buccale avec le pharynx, qu'on appelle l'isthme du gosier. Elle occupe là une région appelée fosse amygdalienne.

Cette fosse amygdalienne est une dépression profonde, de forme triangulaire, dont la base répond au bord de la langue, le bord antérieur et le bord postérieur sont délimités par les piliers, de même nom du voile du palais, le sommet enfin est au point de rencontre des deux piliers.

L'amygdale palatine a la forme d'une grosse amande, dont le volume est variable en dehors de tout état pathologique, suivant les individus ; elle nous présente sur sa surface des bourrelets ou des saillies lui donnant un aspect tomentueux, dans les intervalles qui séparent ces bourrelets ou saillies on voit des ouvertures nombreuses de diamètre variable, conduisant dans des cavités cryptiques qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de l'organe.

Histologie

Au point de vue histologique, ainsi que le dit le Dr Georges Portmann (1), « l'amygdale représente essentiellement un territoire de la muqueuse digestive chargé de follicules lymphatiques. Sur une coupe, elle apparaît comme constituée par un revêtement épithélial et un chorion semé de formations lymphoïdes. » Il nous faut donc étudier séparément ces différents éléments.

EPITHÉLIUM. — Comme celui de la muqueuse buccale, dont il provient, l'épithélium est du type malpighien. Il revêt la surface libre de la tonsille, s'enfonce dans son épaisseur en formant des cryptes plus ou moins profonds.

Examiné sur une coupe perpendiculaire, à la surface de l'amygdale, cet épithélium pavimentueux stratifié nous présente une forme différente suivant qu'il siège à la partie super-

(1) Dr Georges PORTMANN. *Contrib. à l'étude des Hypertrophies amygd.* Les amygdalites hypertrophiques subaiguës. Ann. de méd. t. VIII, n° 3, sept. 1920.

ficielle de l'organe ou qu'il s'enfonce dans les cryptes amygdaliens.

A la partie superficielle de l'organe, nous trouvons trois zones distinctes :

a) Une zone interne formée par une couche de cellules allongées présentant tous les signes de la multiplication cellulaire, c'est la couche génératrice ;

b) Une zone moyenne formée de cinq ou six assises de cellules polyédriques pourvues d'un gros noyau et présentant sur leurs bords des filaments d'union ou épines de Schlutze ; ce sont les cellules malpighiennes ;

c) Une zone superficielle comprenant elle aussi un certain nombre de plans de cellules aplaties en forme de plaques polygonales au centre desquelles on trouve un noyau également aplati, quelquefois fragmenté. Ces cellules portent sur leurs faces l'empreinte des éléments voisins. Il existe ça et là, dans toute la hauteur de l'épithélium des lymphocytes, mais partout l'épithélium est parfaitement homogène.

Enfin, une membrane basale partout continue, parfaitement visible, le sépare nettement du chorion sous-jacent.

Dans l'intérieur des cryptes amygdaliens, au fur et à mesure qu'il y pénètre, ce revêtement épithélial, semblable toujours à celui de la muqueuse buccale, change considérablement d'aspect. Il devient flou, ses limites sont imprécises : la basale ne cesse point d'exister, mais l'infiltration par les éléments lymphocytaires est tellement considérable qu'elle cesse souvent d'être nettement visible.

La hauteur de l'épithélium s'accroît, elle devient double ou même triple ce de qu'elle était sur la partie superficielle de l'amygdale ; cet accroissement est dû non pas à l'augmentation du nombre des couches cellulaires, mais à la désunion des éléments eux-mêmes.

Entre les cellules, il se forme des cavités désignées sous le nom de thèques intra-épithéliales par Renaut (1) ; ces thèques,

(1) RENAUT. *Traité d'Histologie pratique*, tome II, 1889.

bourrées de lymphocytes, sont poussées vers les couches supérieures du revêtement épithélial par les mitoses successives. « Elles constituent de proche en proche une voie de passage de l'intérieur de l'amygdale vers les lumières cryptiques, c'est-à-dire vers la cavité buccale » (G. Portmann) (1). On trouve vraiment là le type de l'épithélium fenêtré de Renault.

L'infiltration va jusqu'au follicule voisin, de telle sorte que l'épithélium paraît se continuer presque avec lui. Une pareille disposition a fait dire à Renault : « Cet épithélium, contamment traversé par une multitude de chemins temporaires frayé par les éléments migrants, constitue une véritable voie ouverte à l'absorption des boissons. Nous pensons qu'il convient d'ajouter : « et à l'entrée des agents pathogènes ».

CHORION. — Séparé du revêtement épithélial par la membrane basale, le chorion s'étale en forme de nappe ; il est formé par du tissu conjonctif comprenant des cellules fixes et des vaisseaux plus ou moins dilatés suivant l'état de l'organe. Ce chorion, sur sa surface supérieure, présente des papilles adénomorphes nombreuses à la surface de la tonsille, rare dans les cryptes ; il est cloisonné dans son épaisseur par des tractus de tissu conjonctif dense qui délimitent des sortes de lobules.

De nombreuses cellules lymphatiques infiltrent tout le chorion et, par place, on trouve des éléments comparables aux follicules lymphatiques. Nous emprunterons la description de ces formations au Dr Georges Portmann : « Le follicule ou nodule lymphatique est l'organe lymphoïde élémentaire formé par les éléments du tissu adémoïdien en général ; un réseau et un contenu consistant en cellules libres dans les mailles de ce réseau. C'est un corps généralement arrondi, différencié en deux parties, une zone corticale de couleur sombre entourant une région centrale plus claire, de forme circulaire. Cette dernière a reçu le nom de centre germinatif, parce qu'elle est le siège de divisions cellulaires actives et

(1) G. PORTMANN, *Loc. cit.*

qu'elle est un lieu de formation de leucocytes mononucléaires. »

CRYPTES. — Ils sont très nombreux, profonds et ramifiés. La lumière du crypte est occupée par des cellules épithéliales desquamées, du mucus, une grande quantité de lymphocytes.

Par des colorations appropriées, on peut également voir une flore microbienne très variée : saprophytes ou agents pathogènes ordinaires. Il n'y a là rien que de très naturel, la lumière cryptique communiquant avec la cavité buccale, les microbes contenus dans la salive peuvent facilement pénétrer à l'intérieur du crypte amygdalien.

CAPSULE. — A la partie profonde de l'amygdale, il existe une couche de tissu conjonctif qui se tasse comme pour limiter extérieurement, former une capsule à la tonsille. On trouve au-dessous de cette sorte de capsule des glandes mixtes dont les conduits excréteurs s'ouvrent soit hors de l'amygdale, soit dans le fond des cryptes.

* * *

Il est utile, pensons-nous, de rappeler que tout le pharynx est infiltré d'organes lymphoïdes et que l'amygdale palatine n'est pas la seule de son espèce. Il existe deux autres amas de follicules assez nettement différenciés et délimités qui portent le nom d'amygdale pharyngée et d'amygdale linguale.

L'amygdale pharyngée, cette série de bourrelets parallèles situés sur la partie postérieure du cavum, possède une muqueuse dont l'épithélium de revêtement appartient au type malpighien sur les bourrelets et au type cylindrique cilié à une seule couche dans les plis. On voit ça et là une infiltration leucocytaire, mais pas de thèques intra-épithéliales. Dans le chorion, il y a des follicules et des lymphocytes, mais en moins grande proportion que dans celui de l'amygdale palatine.

L'amygdale linguale, petit amas lymphoïde en arrière du V lingual, présente un épithélium malpighien peu infiltré et avec de rares thèques ; des cryptes à peine développés ; et un cho-

rien bien moins bourré de lymphocytes que celui des précédentes tonsilles.

*
* *

Dans l'exposé peut-être un peu long, mais cependant nécessaire, que nous venons de faire, nous avons tous les éléments susceptibles de nous expliquer une localisation plus fréquente du chancre syphilitique au niveau de l'amygdale palatine.

L'anatomie nous a appris, en effet, que la tonsille était située au point le plus rétréci faisant communiquer les cavités buccale et pharyngée, qu'elle avait un aspect tomentueux et contenait de nombreux cryptes.

De ces faits, nous pouvons déduire que la situation de cet organe lui occasionnera, sinon une irritation fréquemment renouvelée, du moins toujours un contact plus ou moins prolongé avec les bols alimentaires, les liquides, la salive au cours des actes physiologiques de la déglutition ; enfin, les saillies, les plis de sa surface et les cryptes inclus dans son épaisseur favoriseront le ralentissement et la stagnation de la salive dans laquelle pullulent une si grande quantité de germes microbiens.

L'histologie, surtout, nous donne un argument d'une valeur incontestable : la présence au niveau de l'épithélium cryptique de ces « thèques intra-épithéliales », de ces « effractions physiologiques », de ces « chemins temporaires » qui, s'ils sont des voies normales pour la sortie des éléments lymphocytaires, n'en sont pas moins des portes d'entrée toute naturelles pour les nombreux microbes, y compris le tréponème, qui se trouvent amenés dans la lumière du crypte par une salive infectée.

Certains cliniciens ont pensé ou pensent encore que l'amygdale palatine étant difficilement accessible, lavée par la salive, les sécrétions des glandes mixtes sus-jacentes, on pouvait mal s'expliquer la fréquence du chancre syphilitique à son niveau. Il n'en est rien. L'histologie nous montrant la présence de ces thèques intra-épithéliales au niveau du revêtement cryptique,

les colorations spéciales permettant de déceler la pullulation des germes microbiens dans les lumières de ces cryptes nous expliquent : que, d'une part, sous l'influence d'une cause tout à fait banale, cette amygdale puisse subir des poussées inflammatoires locales la mettant en état de moindre résistance vis-à-vis du tréponème, et que, d'autre part, ces chemins temporaires servent de voies d'accès normales aux germes pathogènes, car le parenchyme avoisinant le crypte est souvent infecté en dehors de toute poussée aiguë.

L'amygdale palatine n'étant pas le seul organe lymphoïde contenu dans la muqueuse pharyngée, on peut se demander pourquoi les autres amas, tels que l'amygdale pharyngée, l'amygdale linguale, ne sont pas touchés par le tréponème et être de ce fait le siège d'un accident primaire.

La situation même de l'amygdale pharyngée fait qu'elle est à l'abri de tout contact. A l'état de repos, la salive obéit aux lois de la pesanteur, coule vers l'œsophage et ne remonte pas le long des parois du pharynx pour venir baigner l'amygdale pharyngée. A l'état d'activité, le voile du palais se relève, la luette s'applique contre la paroi postérieure du pharynx : la cavité pharyngée est ainsi divisée en deux étages bien distincts, un supérieur, le naso-pharynx, dans lequel est logée l'amygdale, un inférieur l'oro-pharynx par où passent les bols, les liquides, la salive plus ou moins infectée. La constitution histologique de la tonsille, enfin, lui permet de résister avec succès à la pénétration des agents microbiens en général.

L'amygdale linguale, que son siège sur le plancher buccal semble rendre éminemment favorable à l'infection, y échappe parce qu'elle ne présente pas, à sa surface, des saillies capables de ralentir le passage des liquides ou de la salive, et que dans ses cryptes, d'ailleurs peu développés, il n'existe pas de thèques.

* * *

Ces considérations anatomiques et histologiques nous permettent donc d'écarter la possibilité d'accidents primaires sur

la muqueuse pharyngée en général et d'éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie des affections de l'amygdale palatine, en particulier celle du chancre syphilitique tonsillaire (1).

(1) Georges PORTMANN. *Pathogénie du chancre syphilitique de l'amygdale, Revue de laryngologie, d'otologie et de rhénologie*, n° 1, 15 janvier 1921.

CHAPITRE III

ARTICLE 1^{er}. — SYMPTOMES

Le chancre infectant de l'amygdale possède des caractères communs à tous les chancres syphilitiques quels que soient leurs sièges et des caractères propres du fait même de sa situation.

Quels sont donc les caractères classiques généraux des chancres syphilitiques ? Ils se trouvent tous dans cette définition de Fournier, modifiée légèrement par notre maître, le professeur agrégé Petges : « Le chancre syphilitique est une néoplasie en forme d'érosion unique ou discrètement multiple, bien circonscrite, à contour arrondi, sans bords, à fond lisse de couleur rouge chair musculaire ou grisâtre, sécrétant une rosée séreuse plus ou moins abondante, extrêmement contagieuse, doublée, à sa base, d'une induration indolore non inflammatoire. »

Cette définition n'est pas tout à fait exacte pour le chancre amygdalien, car des infections et des productions surajoutées agrandissent l'érosion, donnent l'impression qu'il existe des bords plus ou moins nets, cachent le fond et masquent la rosée séreuse.

A ces caractères d'ordre particulier s'ajoutent des signes fonctionnels locaux et généraux dus au siège même de la lésion.

Il convient que nous classions et étudions les symptômes sous une forme plus clinique et pratique que didactique, afin d'en tirer tout le profit possible pour le diagnostic. Pour la commodité de la description, nous diviserons donc les symptômes en signes objectifs, tirés de l'examen de la gorge et en

signes subjectifs, tant fonctionnels que généraux, connus par l'interrogatoire du malade.

SYMPTOMES OBJECTIFS. — Quand on examine méthodiquement la gorge d'un malade, porteur d'un accident primitif de l'amygdale, ce qui frappe surtout et attire immédiatement l'attention, c'est :

A) A L'INSPECTION :

a) *Une érosion ou une ulcération*, de forme ovalaire à grand axe, plutôt vertical, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, rarement plus grande, souvent plus petite, de telle sorte que la forme dite « chancre nain » se rencontre plus souvent dans cette région que sur les autres parties du corps. Cette érosion est le plus fréquemment superficielle, en coup d'ongle ; quelquefois elle devient une ulcération, une infection secondaire se développant sur le chancre lui-même, donnant ainsi une allure différente à ce premier symptôme.

Les bords de cette érosion paraissent plus nets qu'habituellement, plus irréguliers, indurés et non décollés ; le fond est rarement conforme à la définition générale, il est sanieux, occupé plus ou moins par des dépôts jaune sale ou grisâtres, adhérents ou non. Cette érosion secrète peu, ou pour mieux dire la sécrétion en est difficilement mise en évidence.

b) *L'unilatéralité de la lésion.* — C'est le deuxième caractère qui fixe l'attention du praticien, car il est bien rare de rencontrer deux chancres sur une amygdale ou des chancres bilatéraux : Jullien en a vu un cas et Duncan-Bulkley en rapporte trois observations.

Ce signe est d'une importance majeure, car il permet d'écarter toutes les affections de la gorge qui ne possèdent pas cette prédilection à se cantonner sur une seule tonsille, voir en un seul point.

c) *La tuméfaction ou la projection de l'amygdale.* Symptôme très facile à observer et qui manque rarement bien qu'on puisse trouver tous les degrés, depuis la petite augmentation

de volume jusqu'à l'amygdale énorme venant faire saillie dans la cavité buccale et obstruer presque la moitié de l'isthme du gosier. Le pilier antérieur est collé à la tonsille, il la bride à sa base et on a vraiment l'impression que l'amygdale est comme énuclée de sa loge.

d) *Couleur framboise et encadrement.* — Les tissus environnants, comprenant l'amygdale dans sa totalité, le pilier antérieur et la partie avoisinante du voile du palais présentent une coloration très marquée, mais de teinte foncée, différente à la fois de celle de l'angine inflammatoire banale et de celle de l'angine syphilitique secondaire.

Dans une inflammation aiguë des tissus, la coloration rouge se perd insensiblement dans les tissus sains et s'étend sur une grande surface.

Dans l'angine syphilitique secondaire, ainsi que le dit le professeur Moure, cette coloration est disposée « en coup de pinceau » autour des plaques muqueuses comme pour leur faire un fond. De plus, elle a une teinte « vermillon intense » et se termine brusquement, se différenciant des tissus sains par une ligne de démarcation nette.

Dans l'accident primaire, cette coloration est moins éclatante, plus étalée, tout en restant unilatérale, et surtout elle a une teinte tirant sur le « lie de vin » ou plus exactement, selon l'expression du docteur Georges Portmann, une teinte « framboise ». Il y a ainsi autour du chancre un « encadrement » très caractéristique.

Cet encadrement de teinte « framboise » dans l'accident primitif, de teinte « vermillon intense » dans l'angine syphilitique secondaire, est la signature de la syphilis. Aussi, nous pensons que l'on peut dire qu'il est à la muqueuse ce que la colerette de Biett est à la peau.

Ce symptôme, par son importance capitale en matières de syphilis, doit prendre rang parmi les signes cardinaux, au même titre que l'unilatéralité et l'adénopathie.

B) PALPATION. — Ce deuxième moyen d'investigation, va

nous permettre d'indiquer deux autres signes caractéristiques de l'affection : ils imposent le diagnostic quand on songe à les rechercher.

a) *Induration*. — On peut palper l'amygdale avec la pulpe d'un doigt ou en combinant l'action d'un doigt sur la tonsille à celle d'un doigt de l'autre main placé à l'angle du maxillaire sous la parotide ; cette dernière manœuvre n'est pas absolument nécessaire. Outre les caractères qu'elle présente habituellement, l'induration peut être très prononcée et donner même la sensation de bois, de pierre ; quelquefois, le malade la perçoit et l'accuse même, ainsi que Duncan-Bulkley le cite dans une de ses observations : « Le malade disait qu'il lui semblait que son amygdale était de pierre. »

L'induration, d'après le professeur W. Dubreuilh (1), est un caractère qui ne fait jamais défaut à l'encontre de l'ulcération qui peut être minime et de l'adénopathie qui, bien qu'existant toujours, elle aussi, peut ne pas être très accusée.

Sur l'amygdale comme sur les autres parties du tégument, l'induration a la propriété capitale de survivre au chancre pendant une période plus ou moins longue. On comprendra sans peine l'importance de cette donnée qui permettra, dans des cas restés jusqu'alors obscurs, de remettre sur pied une syphilis décapitée. Un exemple de diagnostic rétrospectif fait à la faveur de ce symptôme vient d'être donné par Gougerot, dans le *Journal des Praticiens*, n° 35, 30 août 1919.

b) *Adénopathie*. — Sans être toujours peut-être très accusée, elle ne manque cependant jamais, il faut la rechercher en faisant incliner la tête du malade sur sa poitrine. Cette adénopathie a son siège dans la région sous-angulo-maxillaire et elle ne tarde pas à envahir les ganglions carotidiens. Dans cette région comme dans les autres, elle prend tous les caractères qu'il est habituel de lui décrire : c'est une pléiade de ganglions indurés ou mieux rénitants, mobiles sous la peau, nettement séparés les uns des autres, et des tissus voisins, parfaitement

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 35, 1900.

indolores. Il est de règle de trouver également un ganglion plus volumineux que les autres et qui siège souvent, ainsi que Fournier l'a écrit, « dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et sur le côté du cartilage thyroïde ». On retrouve là l'étoile de première grandeur de Ricord, comme dans le pli de l'aîne, il fallait s'y attendre, la syphilis étant d'abord, quel que soit son point d'inoculation, une infection par la voie lymphatique.

Les caractères de cette adénopathie la feront différencier bien nettement d'une adénopathie d'origine tuberculeuse (empathement), symptomatique d'une néoplasie buccale (accroissement progressif, mais lent par rapport au degré de l'affection), d'une affection banale dont la porte d'entrée siège en un point quelconque de la cavité buccale.

SIGNES SUBJECTIFS. — Aux signes de première importance fournis par l'inspection et par la palpation, l'interrogatoire du malade révélera des symptômes nouveaux qui doivent fixer définitivement le diagnostic.

a) *La douleur.* — Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici la définition même qu'en a donné Dieulafoy, dans une de ses leçons cliniques : « Cette douleur est notée dans toutes les observations, elle existe au repos, mais elle se manifeste surtout au moment de la déglutition, et la dysphagie alors est telle que le patient arrive à se priver d'aliments solides pour ne plus prendre que des liquides, encore des liquides chauds, les boissons froides provoquant fréquemment, elles aussi, la douleur. Cette intensité même de la douleur peut égarer le diagnostic de qui ne connaît pas bien le chancre amygdalien, faire penser aux angines les plus diverses, selon que le chancre revêt tel ou tel caractère. Parfois même cette douleur ne se borne pas à la gorge et, comme dans le cancer de l'amygdale, elle peut s'irradier aux oreilles. »

Elle n'est sans doute pas toujours aussi marquée que Dieulafoy semble l'indiquer, mais elle ne manque pas et persiste

longtemps. Cette dernière particularité, qui avait déjà attirée l'attention de Fournier, a fait dire à Garel, de Lyon : « Toute angine douloureuse non tuberculeuse qui dure plus de quinze jours à trois semaines a bien des chances d'être spécifique. » Et à Moure : « Toute angine douloureuse qui dure plus de quinze jours doit faire soupçonner une syphilis. »

Cette persistance, cette durée de la douleur angineuse n'ont rien qui puisse étonner, car elles ne sont que les symptômes d'une lésion qui exige normalement plusieurs septennaires pour évoluer.

b) *La durée de l'affection.* — On doit faire préciser aussi exactement que possible, par le malade, depuis combien de temps il souffre de la gorge ou voit la lésion de son amygdale, pour écarter immédiatement les différentes angines ou amygdalites, affections généralement aiguës, à début brusque et évolution rapide.

Dans le cas d'accident primitif amygdalien, l'affection prend l'allure de la chronicité, cadrant bien avec le nombre de septennaires exigés par la marche normale, sans traitement, d'un chancre syphilitique.

c) *Signes généraux.* — Bien que n'ayant pas toute la netteté et l'acuité des symptômes précédemment décrits, les signes généraux n'en existent pas moins et revêtent une intensité variable suivant l'état général antérieur des individus atteints par le tréponème. Ils sont les mêmes que ceux que l'on trouve dans les cas de chancre infectant, siégeant sur n'importe quelle partie du tégument, mais peut-être plus accusés.

Le malade est anémié, il se plaint de fatigue, d'asthénie assez marquée, son faciès est pâle, tiré ; une fièvre légère, 38°-38°5, s'installe, le pouls s'accélère ; on trouve là les indices d'une septicémie qui portent quelquefois à songer à toute autre chose qu'à une syphilis primaire, et pourtant le malade porte bien en évidence la signature du tréponème.

Parfois même, comme dans les cas rapportés par Ferro et

dans une observation de M. Petges, on se trouve d'emblée en présence du masque d'une grande septicémie.

Il ne faut pas se laisser prendre à ces symptômes trompeurs et savoir que si la syphilis aime en général à être ordonnée, discrète, insidieuse, elle sait se présenter à la faveur d'une grande mise en scène.

ART. II. — FORMES CLINIQUES

Le chancre tonsillaire mérite bien la dénomination de « chancre protée » que lui avait donné Fournier. Ce polymorphisme tient surtout à ce que l'accident primaire siégeant sur l'amygdale est très fréquemment modifié par une infection secondaire surajoutée : on peut donc dire qu'il y a presque une forme individuelle en ce qui concerne l'érosion.

Aux classiques formes, depuis Fournier, il convient d'en ajouter une autre, décrite récemment par le docteur Georges Portmann et dont l'observation est rapportée dans notre Mémoire, sous le n° 1.

a) *Forme érosive.* — C'est de beaucoup la plus commune, celle qui évolue dans un milieu moins septique, semble-t-il !

Les troubles généraux sont très peu marqués, le malade accuse un petit mal de gorge et bien souvent il n'y fait même pas attention.

Les troubles objectifs sont toujours nets. On trouve un peu de tuméfaction locale, une érosion superficielle en coup d'ongle, plus ou moins rouge ou grisâtre, à fond égal, lisse ou légèrement bosselé par le tissu amygdalien lui-même ; les bords en sont bien nets, et si l'on palpe l'amygdale, on se rend compte de l'induration marquée, qui est même visible à l'inspection.

Enfin, les ganglions tributaires de la région sont pris et on sent très bien, à l'angle de la mâchoire ou dans la loge carotidienne, des ganglions indurés, roulant sous le doigt, indolores, avec leur chef de file, l'étoile de première grandeur de Ricord.

b) *Forme ulcéreuse.* — Cette forme est caractérisée par le fait qu'on se trouve en présence d'une véritable ulcération amygdalienne.

Les troubles fonctionnels assez intenses sont surtout la douleur angineuse et la dysphagie. Les troubles objectifs l'emportent sur ceux de la forme précédente, on constate, à l'inspection, que l'amygdale est hypertrophiée, elle porte une plaie de mauvaise mine, une ulcération anfractueuse profonde, ayant l'air de fouiller la tonsille.

La palpation fait constater l'induration et l'adénopathie caractéristiques.

c) *Forme angineuse.* — Forme assez fréquente, cause sans doute d'une grosse partie des erreurs de diagnostic, des syphilis décapitées. Ce n'est plus la lésion spécifique qui attire l'attention, c'est surtout le « mal de gorge », « l'angine » qui prend le pas, ce qui a fait dire à Fournier qu'on se trouvait en présence d'une association d'angine et de chancre.

La symptomatologie est presque uniquement celle de l'angine. On trouve les troubles fonctionnels particuliers à cette affection : dysphagie, nasonnement, malaise, courbature, inappétence, réaction fébrile. Les symptômes objectifs contribuent également à égarer le praticien, car l'amygdale est hypertrophiée, énorme souvent, on dirait qu'elle est le siège d'une tumeur ; elle peut atteindre la ligne médiane comme on le rapporte dans certaines observations. Cependant l'amygdale est rouge, indurée, et il y a l'encadrement caractéristique avec l'adénopathie. Cette forme a été particulièrement bien étudiée par Ferro dans sa thèse.

d) *Forme diphthéroïde.* — Dans ce cas particulier, l'érosion se recouvre d'une fausse membrane couenneuse, de coloration jaune sale ou gris cendré, qui adhère au tissu amygdalien par sa face profonde et ses bords ; facilement dilacérée quand on cherche à l'enlever avec des pinces ou un tampon d'ouate. Le caractère capital de cette fausse membrane est de ne pas empiéter sur les tissus voisins. Il peut exister une stomatite

ulcéro-membraneuse concomittante qui masque plus ou moins la netteté de la couenne.

On appelle cette forme « diphtéroïde », c'est un mot assez impropre, car il n'y a pas de comparaison entre cette pseudo fausse membrane et celle de la diphtérie, aussi bien par sa contexture que par ses qualités.

L'adénopathie est considérable bien souvent et les phénomènes généraux : malaise, courbature, état saburrhal des premières voies, fièvre, ne contribuent pas moins à égarer pour un temps le diagnostic. Enfin, si les recherches de laboratoire montrent la présence du bacille de Loeffler, elles apprennent en même temps que ce sont plutôt des formes d'involution.

e) *Forme gangréneuse.* — Forme rare actuellement, caractérisée par la production d'îlots gangréneux, de couleur foncée, même noire, à la surface du chancre.

Les symptômes généraux sont très marqués et dominant la scène : frisson, fièvre, courbature, inappétence, prostration, haleine fétide. L'examen local montre une tuméfaction considérable pouvant amener de la dyspnée mécanique ; des adénopathies multiples et douloureuses. Le malade accuse une douleur intense, de la dysphagie et sa voix est nasonnée.

Nous sommes loin de la forme typique, du chancre amygdalien, il faut savoir qu'elle existe pour ne pas la méconnaître ; elle est heureusement exceptionnelle.

f) *Forme épithéliomateuse.* — Décrite par Dieulafoy, elle se manifeste par une ulcération cratériforme, irrégulière, plus ou moins bourgeonnante, reposant sur une amygdale hypertrophiée à cryptes béants et profonds. L'adénopathie existe toujours et c'est elle qui permet d'écarter l'idée de tumeur amygdalienne.

g) *Forme polypoïde.* — Elle diffère de la précédente par le fait que l'amygdale est modérément tuméfiée et porte une ulcération d'assez grande dimension, peu profonde, presque de plein-pied avec les tissus voisins. Le fond est le siège de productions polypeuses plus ou moins développées ; les tissus

circonvoisins présentent une coloration framboise, l'amygdale est indurée sauf au niveau des masses polypeuses.

Les signes généraux sont aussi peu marqués que dans la forme classique, mais l'adénopathie caractéristique vient imposer l'idée de syphilis primaire.

CHAPITRE IV

ARTICLE I^{er}. — DIAGNOSTIC POSITIF

Chez tout malade qui se plaint de mal de gorge ou de douleurs auriculaires, il convient d'examiner avec méthode la cavité buccale et l'isthme du gosier.

En présence d'une affection amygdalienne, on notera avec soins tous les symptômes et on fera le diagnostic de chancre syphilitique amygdalien, lorsqu'on trouvera : une érosion ou ulcération, siégeant sur une seule amygdale, de forme variable, plus ou moins recouverte d'une fausse membrane grisâtre, encadrée par des tissus de coloration framboise, nettement limitée, reposant sur une amygdale plus ou moins hypertrophiée, toujours indurée et s'accompagnant d'une adéno-pathie caractéristique. L'interrogatoire du malade révélera les signes subjectifs, tels que la douleur, la dysphagie, la longueur de l'affection et les signes généraux, fatigue, anémie, fièvre légère, plus ou moins marqués.

La clinique devra à elle seule poser le diagnostic, car, pour l'amygdale, plus que pour les autres régions du corps, les recherches de laboratoires, ultra-microscope et coloration de Tribondeau-Fontana, ne permettront pas toujours de déceler le tréponème. On sait en effet que ce dernier fuit devant les antiseptiques, et les malades qui viennent consulter ont bien souvent fait usage de collutoires et gargarismes variés, dans l'espoir de guérir eux-mêmes leur mal de gorge.

Il ne faudra pas non plus compter sur une réaction de Wasserman positive, car elle ne le devient que dans les délais où elle a l'habitude de se manifester.

Il importe donc de bien connaître le chancre amygdalien

pour diminuer autant que possible les chances de nouvelles contagions.

ART. II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On peut dire d'une façon générale qu'en présence d'une ulcération amygdalienne, deux cas peuvent se présenter : ou bien elle existe avec des caractères nets, ou bien elle est plus ou moins masquée par des productions surajoutées. Il convient, pour faire le diagnostic différentiel, d'envisager successivement ces deux modalités.

I. — *L'ulcération amygdalienne est nette, franche, sans infection secondaire*

A quelles affections amygdaliennes doit-on penser pour faire le diagnostic différentiel ? A deux seulement, possédant au nombre de leurs symptômes cardinaux l'ulcération et l'unilatéralité de la lésion : nous voulons nommer la syphilis primaire et l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë de Moure.

Le chancre infectant tonsillaire nous étant connu, il nous faut décrire aussi brièvement que possible la seconde affection :

« L'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë (1) est une forme d'amygdalite caractérisée par l'existence de vastes cratères ulcéreux, évoluant à la manière d'une affection aiguë sur le tissu amygdalien lui-même. C'est une maladie de l'adolescence, survenant chez les sujets débilités et qui est comme la conséquence de l'infection microbienne de l'amygdalite lacunaire enkystée latente jusque-là et de la rupture de la poche lacunaire. L'examen bactériologique montre des microbes variés (staphylo, bacilles, longs et grêles, indéterminés).

« La symptomatologie est caractérisée par un début insidieux, de la gêne de la déglutition contemporaine de l'ulcération ; l'ulcération elle-même est d'aspect grisâtre, recou-

(1) MOURE. *Maladies de la gorge*, 1914. O. Doin.

« verte d'un magma caseux très facile à enlever avec le porte-
 « ouate, laissant au-dessous une surface sanieuse, rouge, anfrac-
 « tueuse, formée de petites fongosités ; les bords en sont nets,
 « non infiltrés, taillés à pic. L'amygdale n'est pas enflammée, ni
 « augmentée de volume ; quelquefois il y a deux à trois ulcé-
 « rations se rejoignant par le fond sur la même amygdale.
 « L'haleine est forte ; les ganglions sont peu ou pas pris.

« L'évolution est courte, en cinq ou six jours l'ulcération
 « se déterge et se cicatrise petit à petit avec une grosse perte
 « de substance. »

Afin de rendre plus saisissante la comparaison entre les
 symptômes cardinaux des deux affections, nous avons dressé le
 tableau suivant :

<i>Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë</i>	<i>Chancre Σ de l'amygdale</i>
— Ulcération à fond anfrac- tueux.	— ulcération cratériforme.
— amygdale peu ou pas aug- mentée de volume.	— amygdale hypertrophiée, pro- jetée hors de sa loge.
— unilatéralité.	— unilatéralité.
— absence d'encadrement.	— encadrement couleur fram- boise.
— pas d'induration.	— induration.
— peu ou pas d'adénopathie.	— adénopathie caractéristique.

Avec des symptômes pour la plupart si diamétralement
 opposés, nous pensons que, dans la généralité des cas, l'étude
 des signes présentés par le malade permettra de poser le diag-
 nostic qu'il convient.

II. — *L'ulcération amygdalienne est masquée ou modifiée par une infection surajoutée.*

Ainsi qu'il découle de l'étude des formes cliniques du chan-
 cre amygdalien, ce dernier ne se présente pas toujours avec
 l'aspect et les symptômes caractéristiques que nous lui avons
 décrits.

Suivant les aspects cliniques des chancres qu'on aura à

observer, il faudra donc en faire le diagnostic d'avec les affections amygdaliennes qu'ils peuvent simuler. C'est ainsi qu'on sera amené à écarter :

a) *L'amygdalite aiguë*, l'angine catarrhale aiguë. Il n'est pas rare de rencontrer des chancre tonsillaires qui se manifestent par les symptômes de l'une ou de l'autre de ces deux affections. Mais un examen plus attentif permettra quelquefois de découvrir l'érosion en coup d'ongle à fond vernissé de l'accident primaire ; enfin, l'évolution moins rapide de cette dernière affection et l'apparition de l'adénopathie feront le diagnostic.

b) *L'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes* qui peut exister seule ou se surajouter au chancre. Outre des signes cliniques différents et le fait qu'elle est souvent précédée, accompagnée ou suivie (1) d'une stomatite ulcéro-membraneuse, l'examen bactériologique montrera la présence de la symbiose fuso-spirillaire.

Enfin, le traitement par le collutoire au chlorure de Zn à 1 pour 30 en aura facilement raison.

c) *L'angine diphtérique*, avec une fausse membrane s'étalant sur tout le voile du palais et une adénopathie généralement bilatérale donnant quelquefois l'aspect du cou proconsulaire, pourra être confondue dans certains cas. Cependant, la fausse membrane une fois enlevée ne laissera à nu qu'une légère exulcération ; les recherches microscopiques montreront le bacille de Löffler avec des formes virulentes et le traitement par le sérum antidiphtérique fera disparaître assez vite cette fausse membrane.

Il peut se faire que, dans la couenne qui recouvre le chancre, il existe à la fois du tréponème et des bacilles de Löffler, mais ce ne sont en général que des formes d'involution non virulentes et qui ne cultivent que très difficilement. Parfois enfin, les deux affections peuvent exister en même temps, et après la guérison de l'angine diphtérique, il reste un chancre syphili-

(1) MOURE et BRINDEL, *Maladies de la gorge*, 1914.

tique ou même déjà les accidents cutanéomuqueux de la période secondaire, ainsi que M. Petges a pu l'observer.

d) *L'angine gangréneuse*, qui est quelquefois primitive, surtout chez l'adulte, généralement secondaire aux maladies infectieuses : diphthérie, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, diffère du chancre tonsillaire en ce qu'elle n'est pas localisée à une amygdale et que l'adénopathie est considérable.

e) *L'épithélioma de l'amygdale* possède quelque analogie avec le chancre, puisqu'il y a dans ces deux affections : unilatéralité, douleur, ganglions. Mais l'adénopathie cancéreuse s'installe très lentement à l'inverse de celle de l'accident primitif ; la marche de l'affection est toute différente, puisque l'épithélioma s'accroît lentement et qu'il saigne assez facilement.

f) *Enfin, les syphilides tertiaires* de l'amygdale, gommes ulcérées ou non, qui surviennent sans que le système ganglionnaire réagisse et se produisent chez des sujets atteints déjà de manifestation syphilitiques.

Dans tous ces cas, en dehors de l'aspect clinique qui pourra prêter à confusion, il faudra rechercher avec soin tous les autres symptômes tels que : l'unilatéralité, la durée, l'induration de la base, l'encadrement et l'adénopathie caractéristiques.

Dans les formes profondément infectées, malgré les difficultés techniques, le renseignement fourni par le laboratoire, où l'on recherche la présence du tréponème dans la sérosité chancreuse, donnera le signe de certitude.

* * *

Cette multiplicité de formes cliniques, par l'hésitation et l'incertitude de diagnostic qu'elles entraînent, malgré l'évolution progressivement ascendante du nombre de chancres tonsillaires diagnostiqués, nous amène à considérer que, parmi les syphilis décapitées, un grand nombre d'entre elles

admettent comme porte d'entrée l'amygdale, sur la lésion de laquelle l'attention n'avait pas été attirée.

Il serait facile de multiplier les exemples de syphilis amygdaliennes primaires diagnostiquées seulement à la période secondaire. Parmi eux, nous n'en rappellerons que quelques-uns.

Les deux cas de Dieulafoy et de Wigglesworth, dans lesquels l'affection avait été diagnostiquée respectivement : gangrène et hypertrophie de l'amygdale, et suivie d'amygdalectomie, ce qui n'empêcha pas les plaques muqueuses, la roséole, d'évoluer dans les délais réglementaires.

Celui de Gougerot (1) qui, en présence d'une roséole, fit le diagnostic de chancre infectant de l'amygdale, parce que par les commémoratifs il fallait d'abord écarter tout autre porte d'entrée et ensuite palper la tonsille où il retrouva l'induration caractéristique.

A ce propos, nous pensons qu'il est utile d'insister sur les points suivants :

a) *Faire toujours un examen de la gorge dans des conditions satisfaisantes.* C'est à dessein que nous insistons sur ce fait, car bien que l'examen d'une gorge soit de pratique courante, il faut qu'on y apporte tous ses soins. Le malade ouvre la bouche, rentre la langue ; avec un abaisse-langue, on lui déprime fortement le plancher buccal et on le prie de prononcer la lettre A. On voit alors une partie des piliers de l'amygdale et le voile du palais. Avant de terminer son examen, il faut apercevoir la tonsille toute entière, et pour cela, avec l'abaisse-langue, on va toucher la base de la langue : une nausée réflexe, provoquée immédiatement, par la contraction musculaire qu'elle entraîne fait que l'amygdale toute entière apparaît à la vue de l'observateur.

Enfin, sans être spécialiste, il est bon d'utiliser le miroir laryngoscopique pour se rendre compte de l'état des parties cachées à la vue dans le cas d'hypertrophie amygdalienne.

(1) GOUGEROT. *Journal des praticiens*, n° 35, 30 août 1919.

b) *Avoir toujours présent à l'esprit que, derrière une affection banale de l'arrière-gorge, peut se cacher un accident primaire.*

Nous ne voulons pas dire par là que toutes les syphilis décapitées ont pour portes d'entrée l'amygdale, mais nous restons persuadé qu'un grand nombre d'entre elles rentrent dans ce cas.

Au fur et à mesure que le praticien sera mieux éduqué et qu'il aura son attention plus attirée de ce côté-là, nous pensons que le nombre des chancres amygdaliens diagnostiqués ne fera que s'accroître au grand détriment des syphilis méconnues, mais au grand bien de la société.

CHAPITRE V

ARTICLE I^{er}. — ÉVOLUTION

Qu'il siège sur l'amygdale ou sur une partie quelconque du tégument, le chancre syphilitique évolue toujours de la même façon, en deux ou trois septennaires, même sans traitement particulier, à condition qu'il ne se complique pas d'une infection secondaire locale.

Un fait curieux, digne d'être signalé à nouveau croyons-nous (il a été déjà mentionné par Rendu, par Milian et le Dr Georges Portmann). C'est qu'il s'écoule un temps relativement court pour la période de deuxième incubation. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer à la fois les plaques muqueuses et une trace de chancre syphilitique.

Il convient de noter également que les plaques muqueuses paraissent en règle générale plus abondantes sur la tonsille qui est le siège du plasmum, et qu'elles aiment, pourrait-on dire, à se grouper autour de lui. Ce signe pourra quelquefois servir pour faire un diagnostic rétrospectif en cas d'induration amygdalienne.

ARTICLE II. — PRONOSTIC

Bénigne dans son accident primitif quelle que soit sa porte d'entrée, la syphilis est une maladie grave par ses conséquences lointaines si elle n'est pas diagnostiquée précocement et traitée d'une façon énergique.

Il semble, que dans les cas où les tréponèmes et les bacilles de Löffler évoluent en même temps sur l'amygdale, la syphilis reçoive de ce fait comme un coup de fouet (1) et devienne plus

(1) PETGES. *Arch. de Méd. et de Pharm. militaires*, 1903.

maligne. Enfin, tout dernièrement, on a attaché aux chancre céphaliques en général une gravité particulière pour l'apparition d'accidents nerveux précoces.

ARTICLE III. — TRAITEMENT

Le traitement du chancre syphilitique amygdalien comprend un traitement local et un traitement général :

a) *Traitement local.* — Le meilleur de tous est un gargarisme iodé à faire trois fois par jour avec la solution :

Iode métallique	0,30 centigrammes
Iodure de potassium	0,50 centigrammes
Laudanum de Sydenham . . .	3 grammes
Glycérine pure	150 grammes

Une cuillère à café dans un demi-verre d'eau tiède.

b) *Traitement général.* — Il faudra toujours se souvenir qu'il convient d'attaquer vite et fort tout accident primaire syphilitique. Des différents composés arsenicaux couramment employés en matière de syphilis, on peut choisir le novarsenobenzol que l'on administre par voie intraveineuse aux doses habituelles.

c) *Hygiène.* — Des précautions hygiéniques rigoureuses s'imposent. Le malade doit avoir des ustensiles d'alimentation pour lui seul, il doit éviter par tous les moyens de contaminer son entourage. Le tabac doit être proscrit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Chancre syphilitique de l'amygdale gauche à forme polypoïde* (due à l'obligeance du Dr Georges PORTMANN, Paris Méd., 28 février 1920).

D..., 32 ans, se présente à la consultation le 25 juillet 1919, pour mal d'oreilles.

Examen. — Oreilles normales. On constate au niveau de son amygdale gauche des productions polypoïdes semblant s'être développées au niveau du fond d'une ulcération superficielle, dont le bord est de plein-pied avec le tissu amygdalien environnant. Cet amas polypoïde, assez volumineux, donne l'impression d'un choufleur appliqué sur l'amygdale hypertrophiée. A sa base, quelques amas caséeux. Les deux piliers et la portion avoisinante du voile présentent une coloration « framboise ».

Rien à noter du côté droit de l'arrière-gorge.

Au toucher, induration de l'amygdale gauche, sauf au niveau de la masse polypeuse.

Gros ganglion carotidien supérieur à gauche, indolent, roulant sous le doigt.

Symptômes fonctionnels peu marqués.

Roséole papuleuse.

Etat général satisfaisant.

OBSERVATION II. — *Chancre de l'amygdale et angine syphilitique prise pour de la diphtérie* (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé PETGES).

R..., Fernand, soldat à la 2^e compagnie d'ouvriers d'artillerie, entré à l'hôpital Saint-Nicolas, le 17 juillet 1900, pour angine suspecte.

Antécédents peu intéressants. Pas de syphilis antérieure au dire

du malade, pas de coït suspect dans les derniers temps. R... présente des symptômes qui en imposent pour de la diphtérie ; ensemenement le 17 juillet. Le 18 juillet, l'ensemencement est négatif au point de vue des bacilles de Löffler ; on trouve des staphylocoques et des streptocoques en abondance. Le traitement consiste surtout en grands lavages de la gorge et gargarismes antiseptiques.

Comme la veille, les deux amygdales, la luette, les piliers du voile du palais sont couverts de pseudo membranes qui, malgré le traitement, persistent jusqu'au 30 juillet, surtout sur l'amygdale gauche. L'adénopathie est plus prononcée à l'angle du maxillaire du côté gauche ; il y a de ce côté, en particulier, un gros ganglion très saillant, ayant la dimension approximative d'un petit œuf de poule.

Le diagnostic de syphilis, auquel on pense d'abord, est éliminé ; l'état du sujet, l'aspect de l'ulcération, l'adénite très particulière, font penser à une tuberculose de l'amygdale gauche, après élimination de toute idée de diphtérie d'abord, de syphilis ensuite. Un traitement général tonique est institué, sans préjudice d'un traitement local.

Enfin, un mois et demi après l'entrée à l'hôpital, le médecin traitant remarque que l'amygdale gauche est indurée ; dès lors, l'idée d'une syphilis primaire capte son attention.

Le traitement mercuriel (protiodure d'hydrargyre) est commencé, et, peu après, une amélioration survient et confirme le diagnostic.

D'ailleurs, à quelques jours de là, apparaissent la roséole, puis l'alopécie, puis des plaques muqueuses.

Le traitement hydrargyrique est continué jusqu'à la fin d'octobre ; à cette date, R... sort de l'hôpital guéri de sa poussée.

OBSERVATION III. — *Chancre syphilitique de l'amygdale droite* (observation prise à la clinique de M. le professeur MOURE).
Inédite.

C..., Pierre, 25 ans, courtier. Le malade se présente à la consultation pour un mal de gorge qui aurait commencé il y a un mois.

A l'examen, on trouve sur l'amygdale droite, à son pôle supé-

rieur, une ulcération arrondie à bords nets. La tonsille est hypertrophiée. Encadrement caractéristique, « framboise » du pôle supérieur de l'amygdale, du pilier postérieur, surtout dans la région arciforme, qui sont infiltrés et durs. Il existe également à la surface de l'amygdale des plaques muqueuses qu'on trouve aussi sur la commissure labiale.

Induration. Adénopathie carotidienne très volumineuse à droite.

OBSERVATION IV. — *Chancre syphilitique de l'amygdale droite* (observation prise à la clinique de M. le professeur MOURE).
Inédite.

D..., Renée, 19 ans, sans profession. Se présente à la consultation pour mal de gorge ayant débuté il y a une vingtaine de jours.

L'examen montre une amygdale droite augmentée de volume, avec à son pôle supérieur une ulcération arrondie de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords nettement limités. Elle est recouverte d'un exsudat grisâtre. Les tissus circonvoisins présentent une coloration framboise.

Dysphagie, induration, grosse adénopathie carotidienne droite caractéristique.

OBSERVATION V. — *Chancre syphilitique de l'amygdale droite* (due à l'obligeance de M. le Médecin principal de la marine LE FLOCH). Inédite.

G..., Pierre, 22 ans. Le malade accuse depuis quelques jours un violent mal de gorge, avec de la dysphagie. Le faciès est tiré, la température oscille entre 38°5 et 39°.

A l'examen, on constate sur l'amygdale droite, fortement hypertrophiée, une érosion en coup d'ongle, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Le fond est lisse, pas de fausse membrane. L'amygdale, les piliers sont rouges, de couleur framboise. Cette coloration est nettement limitée, ne se perd pas dans les tissus voisins. Tout le reste de l'arrière-gorge ne présente rien à signaler.

L'amygdale est indurée ; il existe, en outre, une volumineuse

adénopathie carotidienne droite ; les ganglions sont durs, indolores et roulent sous les doigts.

Un frottis coloré par la méthode de Tribondeau-Fontana permet de mettre en évidence le tréponème.

CONCLUSIONS

I. — Le nombre des cas de chancre amygdalien diagnostiqués augmente de plus en plus, au fur et à mesure qu'on s'enhardit à le reconnaître et qu'on sait le rechercher. Le moment est proche où le chancre tonsillaire prendra une des premières places parmi les chancres extra-génitaux.

II. — L'anatomie et l'histologie nous donnent une explication de sa pathogénie et nous prouvent qu'il doit être plus fréquent que celui des autres régions de la cavité buccale.

III. — Les symptômes cardinaux comprennent : l'érosion, l'unilatéralité, l'induration, l'encadrement, l'adénopathie et la durée. Le polymorphisme est considérable, mais peut être ramené aux formes : érosive, ulcéreuse, angineuse, diphtéroïde, gangreneuse, épithéliomateuse, polypoïde.

IV. — Dans sa forme typique, le diagnostic n'est à faire qu'avec l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë de Moure ; dans les formes infectées, il faudra écarter les affections qu'il peut simuler. Il convient de faire un examen complet de l'arrière-gorge et d'avoir toujours présent à l'esprit qu'une affection banale de cette région peut masquer une syphilis primaire.

V. — L'évolution présente comme particularités : une période de deuxième incubation toujours courte ; une tendance pour les plaques muqueuses à être plus abondantes sur la tonsille, siège du chancre infectant.

BIBLIOGRAPHIE

Vu le nombre considérable des mémoires publiés sur la question, nous ne citerons dans la bibliographie que les auteurs plus particulièrement consultés :

- ARSLAN. — *Deux cas de chancre syphilitique des amygdales* (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 49, 1896).
- BELLISSEN. — *Polymorphisme du chancre Σ de l'amygdale, valeur du symptôme « dysphagie » à la période primitive de la syphilis* (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 48, 1902).
- BRINDEL. — *Du diagnostic du chancre de l'amygdale à propos d'un cas observé* (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 19, mai 1908).
- BROUSSE. — *Des formes cliniques du chancre de l'amygdale* (*Sem. médical*, 17 août 1895).
- BULKLEY. — *Notes cliniques sur un chancre des amygdales avec une analyse de 15 cas* (*Méd. Record*, 27 mai 1893).
- CHRÉTIEN. — *Contribution à l'étude du chancre Σ de l'amygdale, difficulté du diagnostic* (*Journal des connaissances médicales*, 31 mars 1892).
- DIDAY. — *Contribution au diagnostic de la Σ de l'amygdale* (*Arch. Générale de Médecine*, 1884).
- DIEULAFOY. — *Chancre de l'amygdale* (*Sem. médical*, 3 avril 1895).
- DOCTOROFF. — *Étude sur le chancre Σ des amygdales* (Thèse de Nancy, 1900).
- FERRO. — *Étude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale* (Thèse de Paris, 1897).
- FOURNIER. — *Chancre amygdalien* (*Bull. médical*, 30 janvier 1895).
— *Chancres extra-génitaux*, 1897.
- GOURGEROT. — *Chancre de l'amygdale et Σ méconnue* (*Journal des Praticiens*, n° 35, 30 août 1919).
- JULLIEN. — *Chancre Σ des deux amygdales contrôlé par la succion du sein* (Soc. Franç. de Derm. Séance du 11 mars 1897, in *Bull. médical*, n° 22, 1897).

- LAFARELLE. — *Chancre de l'amygdale* (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, n° 35, 1900).
- LAFITE-DUPONT. — *Chancre Σ de l'amygdale* (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, n° 40, 1902).
- MAURIAC (Ch.). — *Leçons sur les maladies vénériennes.*
- MOURE et BRINDEL. — *Maladie de la gorge, du larynx et du nez.*
- PERRIN et GROSJEAN. — *Chancre Σ de l'amygdale* (Revue de laryng., n° 30, 1903).
- PEROGON. — *Chancre Σ de l'amygdale droite, de la lèvre supérieure* (Gaz. méd. de Nantes, n° 35, 9 juil. 1898).
- PORTMANN (Georges). — *Chancre Σ de l'amygdale à forme poly-pôïde* (Paris méd., n° 9, février 1920).
- PORTMANN (Georges). — *Pathogénie du chancre syphilitique de l'amygdale* (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, n° 1, 15 janvier 1921).
- PETGES et JOULIA. — *Chancre syphilitique de l'amygdale* (Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 20 juillet 1920).
- PETGES. — *Chancre de l'amygdale et diphtérie* (Arch. de méd. et pharm. milit., 1903).
- RENDU. — *Chancre amygdalien à forme angineuse* (Lyon méd., 10 mars 1920).
- VINCENT. — *Syphilis et bacille fusiforme* (Presse médicale, n° 44, page 257-258, 1901).
- WIGGLESWORTH. — *Chancre de l'amygdale* (Arch. of Derm., New-York, 1879, page 374).

Vu bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

D^r MOURE.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 mars 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

